

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Traços de personalidade e características
sociodemográficas como preditores da somatização na
população geral**

Diogo Gonçalves Capela

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Traços de personalidade e características
sociodemográficas como preditores da somatização na
população geral**

Diogo Gonçalves Capela

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2016

Agradecimentos

À minha mãe, pela força, pela coragem, pelo investimento, pelo enorme sacrifício. Obrigado por seres uma mulher de garra e por seres, sempre, a primeira pessoa na bancada a apoiar-me, como nos velhos e maravilhosos tempos da natação.

Ao meu pai, que, mesmo com poucas palavras, sempre se mostrou disponível e apoiante, sempre preparado para tirar do que não tem para dar e apoiar o filho.

À minha avó, por toda a ajuda e, especialmente, pelo olhar de orgulho que sempre carrega nos olhos quando me vê, como se cada vez fosse a primeira, como se todos os dias nos víssemos naquela estrada de terra batida... Como Saramago uma vez disse, perante a Real Academia Sueca, em 1998, “*o homem mais sábio que conheci em toda a minha vida não sabia ler nem escrever*”.

Ao Professor Doutor Bruno Gonçalves, sempre excecionalmente dedicado aos seus alunos, pelas sessões de supervisão, pela paciência, pelo gosto em transmitir conhecimentos, por toda a disponibilidade e compreensão e, sobretudo, por nos ensinar que o mundo é muito mais do que aquilo que nós vemos...

À Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, por se ter tornado numa segunda casa, e a todos os professores que comigo se cruzaram neste enorme percurso, por todos os ensinamentos, por permitirem embarcarmos nesta viagem ao mundo da psicologia e da mente humana...

Aos meus amigos de Pombal, meus amigos de infância, Sérgio, Inês, Filipe, Nicolle, Isabel, Inês e Mariana, pela amizade e por simplesmente existirem... Onde nós chegámos... E onde iremos chegar!

Aos meus amigos de Lisboa, pelo apoio, pelas conversas, pelas gargalhadas, pela partilha e por sempre animarem os meus dias...

Às minhas companheiras de faculdade, grandes amigas, Sara, Maria João, Leiria, Catarina, Inês, Carolina, Jéssica, Bea, Rafaela, Susana, Sara e Catarina, que sempre ficarão na minha memória, pelas conversas, pelo amadurecimento, por termos passado por estes 5 anos sempre de mãos dadas, atravessando cada dificuldade e cada obstáculo... Para sempre, obrigado!

Aos restantes colegas e amigos do Mestrado Integrado em Psicologia (2011-2016), por estes anos de faculdade inesquecíveis, pelas noitadas de estudo, pela

partilha, pela diversão, pela nostalgia que já fica... E, na imprevisibilidade do tempo, até já!

A si, por me ouvir, por estar sempre no mesmo sítio à hora marcada, por me permitir crescer, conhecer-me, e por me permitir acreditar em mim mesmo e acreditar num mundo tão grande com tantas portas, em vez de muros...

Por fim, à muy nobre e sempre leal cidade de Lisboa, que me viu dar este salto, que me acolheu, que me fez apaixonar e crescer, que me permitiu ser quem eu sou hoje e quem eu serei amanhã...

Resumo

O presente estudo tem como objectivo estudar a relação entre a somatização e as dimensões da personalidade, de acordo com o modelo dos cinco factores, bem como, características sociodemográficas como escolaridade, género, idade e situação económica, numa amostra da população portuguesa. Assim, baseámo-nos numa amostra de 338 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos, em que se aplicou quatro instrumentos: um questionário sociodemográfico para a recolha de dados sociodemográficos, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) de Canavarro (1995), a versão portuguesa do *Selfreport Inventory for Disorders of Extreme Stress* de Henriques-Calado, Duarte-Silva, Gonçalves e Pires (2016), e a versão portuguesa do Inventário dos Cinco Factores da Personalidade NEO-FFI de Lima e Simões (2000).

Os resultados permitem concluir que o nível de neuroticismo está positivamente correlacionado com o nível de somatização, e que o nível de extroversão, está negativamente correlacionado com o mesmo nível de somatização. Por outro lado, uma reduzida escolaridade, uma situação económica baixa ou insatisfatória, uma idade mais avançada e o sexo feminino são preditores significativos de níveis de somatização elevados. Encontrámos, ainda, no presente estudo, que as variáveis situação económica, neuroticismo, extroversão e amabilidade explicam 6.5% da somatização medida pelo SIDES-SR. E, ainda, 23,9% da somatização, medida pelo BSI, é explicada pelas variáveis género, idade, escolaridade, situação económica e neuroticismo.

Palavras-chave: somatização, personalidade, escolaridade, idade, género, situação económica, neuroticismo e extroversão

Abstract

The main purpose of the presente study was to examine the interrelationships between somatization, personality traits (neuroticism, extraversion, openness, agreeableness and conscientiousness) and sociodemographic factors, such as years of education, age, economic status and gender. To this end, 338 subjects, from a portuguese community sample, with a range of ages between 18 and 83 years old, filled out a sociodemographic questionnaire, the portuguese version of the Brief Symptom Inventory (Canavarro, 1995), the portuguese version of the Selfreport Inventory for Disorders of Extreme Stress (Henriques-Calado, Duarte-Silva, Gonçalves & Pires, 2016), and the portuguese version of the NEO Five-Factor Inventory (Lima & Simões, 2000).

Consistent with the literature, neuroticism was found to have a positive correlation with the level of somatization and, as well, extraversion was found to have a negative correlation with the same level of somatization. On the other hand, less years of education, a low economic status, a more advanced age and the female gender were found to be strong predictors of higher levels of somatization. Also, we have found that economic status, neuroticism, extraversion and agreeableness explained 6.5% of the levels of somatization measured by the SIDES-SR, and gender, age, years of education, economic status and neuroticism explained 23.9% of the level of somatization measured by the BSI.

Key-words: somatization, personality, years of education, age, gender, economic status, neuroticism and extraversion

Índice

Introdução.....	15
Capítulo 1 – Somatização.....	18
1.1. Perspectiva Histórico-Compreensiva e Tentativas de Definição do Conceito de Somatização.....	18
1.2. Classificação e Avaliação da Somatização.....	24
1.3. Somatização: Epidemiologia e Cuidados de Saúde Primários.....	28
Capítulo 2 – Personalidade e Somatização.....	31
2.1. A relação entre personalidade e somatização.....	31
Capítulo 3 – Objectivos e Hipóteses.....	37
3.1. Objectivos.....	37
3.2. Hipóteses.....	37
Capítulo 4 – Metodologia	39
4.1. Caracterização da Amostra.....	39
4.2. Instrumentos.....	40
4.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	40
4.2.2. Somatização.....	40
a) Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1995).....	40
b) <i>Selfreport Inventory for Disorders of Extreme Stress</i> , versão portuguesa de Henriques-Calado, Duarte-Silva, Gonçalves e Pires (2016).....	41
4.2.3. Dimensões da Personalidade.....	42
a) Inventário dos Cinco Factores da Personalidade NEO-FFI, versão portuguesa de Lima e Simões (2000).....	42
4.3. Análise Estatística.....	43
4.4. Procedimentos.....	43

Capítulo 5 – Resultados.....	45
Capítulo 6 – Discussão de Resultados.....	51
Conclusão.....	57
Referências Bibliográficas.....	58

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Caracterização sociodemográfica</i>	39
Quadro 2. <i>Estatísticas Descritivas do NEO-FFI</i>	45
Quadro 3. <i>Estatísticas Descritivas: Somatização</i>	45
Quadro 4. <i>Análise da consistência Interna do NEO-FFI</i>	46
Quadro 5. <i>Matriz de correlações entre as dimensões do NEO-FFI</i>	46
Quadro 6. <i>Correlações de Pearson entre somatização (BSI e SIDES-SR) e as dimensões da personalidade</i>	47
Quadro 7. <i>Matriz de correlações entre a somatização (BSI e SIDES-SR) e as dimensões da personalidade</i>	48
Quadro 8. <i>Significância das diferenças entre gênero</i>	48
Quadro 9. <i>Correlações de Pearson entre a somatização (BSI e SIDES-SR) e características sociodemográficas</i>	49
Quadro 10. <i>Regressão linear múltipla hierárquica: preditores de somatização</i>	50

Introdução

A maior parte de nós já experienciou, ao longo das nossas vidas, dores ou sensações sem qualquer explicação ou que, pelo menos, no momento, não conseguíamos associar uma causa, um significado que nos pudesse confortar. Primeiro, inquietamo-nos - *O que é isto que estou a sentir?* – De seguida, questionamos a origem da dor ou sensação – *Será do coração? Será que esta dor é mesmo das minhas costas? Será esta sensação no meu estômago?* – Imediatamente, colocamos hipóteses – *É uma arritmia? É um enfarte? Um tumor? Poderá ser algo grave?* – Eis que nos começamos a preocupar. Agimos. – *Vou marcar consulta... Ou então vou às urgências...* - Para uns, é temporário. Para outros, torna-se persistente e habitual mas, também, inquietante.

O dia-a-dia de cada indivíduo está recheado de sensações e experiências corporais, umas mais agradáveis e outras mais desconfortáveis e indesejadas. As sensações desagradáveis mais reportadas são dor, fadiga, náuseas, desequilíbrio, distonia, dispneia e parestesias (Rief, Hessel & Braehler, 2001). A duração destas experiências, de modo geral, é curta e transitória, porém, quando persiste por um determinado período de tempo, uma parte dos indivíduos procura ajuda profissional (Verbrugge & Ascione, 1987), sobretudo quando a experiência persistente se torna severa, incapacitante e/ou acompanhada pela crença frequente relacionada com o medo que a sensação seja um sintoma de uma doença física (Engel, Von Korff & Katon, 1996).

A ausência de causa orgânica identificável em sintomas físicos é uma ocorrência comum na prática médica (Kroenindeke & Magelsdorjj, 1989; Mayou, 1991, citado por De Lemos, 2000). Cerca de 30% destes sintomas são atribuídos pelos médicos a uma “perturbação psiquiátrica” (Lipowski, 1986).

É a partir desta sintomatologia física sem explicação orgânica que a presente dissertação segue o seu caminho, conceptualizando a noção de somatização, compreendendo o seu processo e sua epidemiologia. Também, será feita a interligação do conceito de somatização com os constructos fulcrais, que dão o especial interesse e objectivo a esta investigação: as dimensões da personalidade e características sociodemográficas dos indivíduos. Desta forma, os primeiro e segundo capítulos correspondem à fundamentação teórica envolta do conceito de

somatização e de personalidade. De seguida, no terceiro capítulo, apresentamos os objectivos da presente investigação e, ainda, levantamos as hipóteses do estudo em questão. Após o terceiro capítulo, segue-se um quarto capítulo que diz respeito à metodologia desta investigação, engloba uma caracterização da amostra utilizada, dos instrumentos aplicados, da análise estatística e dos procedimentos do estudo. Ainda, um quinto e sexto capítulo apresentam os resultados da análise estatística realizada e a discussão desses mesmo resultados, respectivamente.

A pergunta essencial a reter é a mesma que os indivíduos, no primeiro parágrafo, se perguntam: *Porque é que isto está a acontecer? O que é que está a causar esta dor? Quais as circunstâncias influenciadoras? Serei o único?*

As respostas serão dadas após uma análise minuciosa, como se de um exame médico se tratasse. Contudo, o exame ou investigação prende-se com factores psicológicos e contextuais ou sociodemográficos, dando, assim, algumas das inúmeras possibilidades de respostas para esta apresentação de sintomatologia sem explicação médica.

CAPÍTULO 1 – Somatização

1.1. Perspectiva Histórico-Compreensiva e Tentativas de Definição do Conceito de Somatização

O conceito de somatização tem sido alvo de inúmeras tentativas de definição, contudo um consenso parece ser uma tarefa difícil de alcançar. É um termo difícil de definir dada a variedade de fenómenos a que se refere. A sua conceptualização é um problema global a toda a literatura que levanta dúvidas e suscita discussões.

A proeminência de sintomas somáticos em pacientes e a existência de uma variedade de rótulos parcialmente sobreponíveis entre si, como “histeria”, “hipocondria” e “melancolia”, rótulos usados de forma alternada até ao fim de século XVIII, pode ser observada em registos clínicos com séculos de existência (Veith, 1956, citado por in Lipowski, 1988).

O termo somatização foi introduzido por Steckel no início do século XX, com o intuito de fazer referência a um processo hipotético no qual uma neurose profunda poderia estar na origem de uma perturbação corporal e que estaria relacionada com o conceito de conversão (Hinsie & Campbell, 1960, citado por Lipowski, 1986). Porém, já Johann Heironth (1773-1843) tinha instituído os termos psicossomática (1818) e somatopsíquica (1828), defendendo uma orientação unicista semelhante à de Espinosa, ou seja, corpo e *psiché* não seriam senão, respectivamente, a parte exterior e a parte interior de uma e a mesma coisa (Vicente, 2005). Mais tarde, foi Sigmund Freud que desenvolveu um modelo elucidativo das somatizações.

Uma análise evolutiva do conceito de somatização implica a abordagem intrínseca de um outro conceito: histeria. Um dos estudos clínicos pioneiros, de relevância a destacar, no estudo da histeria, foi o de Briquet (1859, citado por Kellner, 1991), no século XIX, que verificou que a histeria seria mais frequente em mulheres mais jovens, de classes sociais mais baixas, mas também afectava os homens, contrastando com o pressuposto da psicopatologia clássica que restringia a incidência da histeria apenas ao sexo feminino, e não era causada por um útero solto como se pensava na antiguidade. Briquet (1859, citado por Kellner, 1991) argumentava que os factores sociais que limitavam o desenvolvimento pessoal tinham um papel fundamental no desenvolvimento da doença e que o seu prognóstico era favorável.

O desenvolvimento da teoria e da prática psicanalítica por Freud começou pela exploração dos sintomas corporais, para os quais não era possível encontrar uma

causa orgânica (Freud & Breuer, 1893). Nos seus trabalhos *Estudos sobre a Histeria*, publicado com Breuer (1893) e, mais tarde, *Tipos de Desencadeamento da Neurose* (1912) e *Os caminhos da formação dos sintomas* (1917) Freud explorou os mecanismos subjacentes à patologia em pacientes que manifestavam doenças físicas sem causa biológica identificável (Gubb, 2010).

Foi a partir do estudo dos sintomas histéricos e, mais particularmente, da histeria de conversão, que Freud fez a sua descoberta dos mecanismos inconscientes. Sendo que, neste caso, a conversão consiste no “salto” do psíquico para o somático, algo difícil de conceber e que Freud explicita falando de uma transformação da energia libidinal em inervação somática (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002). Freud sugeriu que, apesar destes pacientes apresentarem uma doença corporal, eles estariam, de facto, a experienciar conflitos intrapsíquicos ou, por outras palavras, uma doença mental, defendendo que os sintomas histéricos seriam frequentemente expressados na forma corporal, e seriam identificados como representações simbólicas inconscientes de fantasias e impulsos inaceitáveis, relacionadas, com frequência, com experiências traumáticas (Freud & Breuer, 1893).

Para o pai da psicanálise, o sintoma físico resultaria de um trauma psíquico como substituto ou uma via indirecta para a expressão e satisfação de alguns desejos libidinais e vingativos associados com a experiência traumática (Freud, 1917, citado por Gubb, 2010). Podendo assim depreender-se que a fragilidade ou o fracasso das capacidades mentais de ligação, organização e elaboração do conflito, como forma de lidar com a realidade, assumem-se como desencadeadoras da sintomatologia física.

Laplanche e Pontalis (1976) colocam em evidência que a formação do sintoma é considerada como um momento específico da génese da neurose: o retorno do recaiado. Este retorno dos elementos recaiados é realizado através de mecanismos como deslocamento, condensação, conversão, entre outros. Freud (1939, citado por Laplanche & Pontalis, 1976), assinalou ainda as condições gerais do retorno do recaiado como o enfraquecimento do contra-investimento, o reforço da pulsão pulsional e o aparecimento de acontecimentos actuais que evocam o material recaiado. Então, a conversão consiste na transposição de um conflito psíquico e numa tentativa de resolução deste em sintomas somáticos, motores (paralisias, por exemplo) ou sensitivos (anestésias ou dores localizadas, por exemplo) (Laplanche & Pontalis, 1976).

Conforme Laplanche e Pontalis (1976), Freud faz a distinção entre o conceito de neurose actual e o conceito de psiconeuroses, realçando que (1) as neuroses actuais têm origem no presente e não nos conflitos infantis e que (2) os sintomas resultam directamente da ausência ou da inadequação da satisfação sexual. Este conceito de neurose actual é distinto do conceito de psiconeurose pois, este último, faz referência às afecções psíquicas em que os sintomas são a expressão simbólica dos conflitos infantis, isto é, as neuroses de transferência e as neuroses narcísicas (Laplanche & Pontalis, 1976). Com esta visão, Freud vem enfatizar que as neuroses actuais são somáticas e não psíquicas, isto é, a fonte de excitação, o factor desencadeador da perturbação, encontra-se no domínio somático enquanto a histeria e a neurose obsessiva estão no domínio psíquico” (Freud, 1894 *In Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als “Angstneurose” abzutrennen*, citado por Laplanche & Pontalis, 1976). Por fim, os autores Laplanche e Pontalis (1976) colocam ainda em evidência que o mecanismo de formação dos sintomas será somático (por exemplo, transformação directa da excitação em angústia), e não simbólico.

A diferenciação clássica dos conceitos de neurose histérica, de etiologia psíquica, e de neurose actual, de etiologia somática, contribuiu, de um ponto de vista actual e geral, para a noção de somatização.

Em meados do século XX, Menninger (1947, citado por Lipowski, 1986) definiu reacções de somatização como a expressão visceral da ansiedade que se encontra impedida de se tornar consciente, sugerindo então que, na psicanálise, se usaria o termo somatização para conotar um mecanismo de defesa inconsciente e para referenciar uma hipotética psicogénese de determinadas perturbações somáticas.

Mais tarde, Sifneos (1975) introduz o conceito de alexitimia, caracterizando-o como uma incapacidade em identificar e expressar as emoções e sentimentos. Numa caracterização dos sujeitos alexitímicos, o autor descreveu a pobreza do imaginário, a carência da vida onírica e a incapacidade de diferenciar emoções de sensações corporais. Então, colocou a hipótese de que este défice afectivo, dos indivíduos alexitímicos, poderia estar na base de um determinado número de patologias psicossomáticas.

A escola psicossomática de Paris (Marty, 1993), à qual pertenceu Pierre Marty, apresenta como tese fundamental que a somatização ocorre devido à dificuldade na elaboração mental dos conflitos e contradições. Destacando, ainda, a

existência de uma falha cognitiva, tornando-se dominante o pensamento operatório em detrimento das actividades oníricas e da fantasia (Marty, 1993). Esta fragilidade funcional vai enquadrar-se num estilo relacional que Marty denominou de “relação branca”, onde pode emergir, aquando da vivência ou revivência de acontecimentos traumáticos, a depressão essencial, que se caracteriza pela falta, e que conduz a uma desorganização progressiva do equilíbrio homeostático, podendo levar assim o sujeito a um processo de somatização.

De acordo com Lipowski (1986), o conceito de somatização compreende três componentes fundamentais: a componente experiencial, a componente cognitiva e a componente comportamental. Relativamente à componente experiencial, Lipowski (1988) fala-nos da percepção que o indivíduo tem relativamente ao seu próprio corpo como parte fundamental desta componente, quer seja dor ou outra sensação corporal fora do comum, ou alterações na aparência. A componente cognitiva, para o autor, é constituída pelas interpretações e atribuições dadas a essas percepções, bem como pelo próprio processo de tomada de decisão perante os sintomas manifestados. Já a componente comportamental é composta pelas acções do indivíduo e comunicação verbal e não verbal que seguem as atribuições das próprias percepções. Verificamos, então, aqui, por parte de Lipowski, uma posição de índole integrativa relativamente ao fenómeno de somatização, sendo referenciada a existência de factores, intrínsecos à componente experiencial, como factores sociais, culturais e do desenvolvimento do indivíduo.

Na mesma linha de pensamento, numa abordagem globalista, Sami-Ali (1987), pressupõe um modelo teórico específico, onde o indivíduo somático é percebido globalmente na sua complexidade e não apenas na sua falha psíquica. Uma abordagem compreensiva da patologia psicossomática seria, assim, multidimensional: o funcionamento psíquico engloba a função da imaginação e o recalçamento desta mesma função, sendo a patologia (reversível ou irreversível) resultado deste último.

Coimbra de Matos (2003), fundador da Sociedade Portuguesa de Psicossomática, e considerado o pai da Psicanálise em Portugal, defende uma abordagem semelhante, não escapando à linha psicanalítica, mas introduzindo noções da medicina, referindo que o impacto duradouro e excessivo de tensão stressante num indivíduo conduz a uma fragilização ou desregulação das funções adaptativas dos sistemas neurovegetativo, endócrino e imunitário.

Compreendendo o funcionamento psíquico de um indivíduo psicossomático e o próprio processo de fragilização ou desregulação das funções adaptativas de sistemas do nosso organismo, Coimbra de Matos (1988-89) fala-nos de uma depressão que, ou é assumida como doença mental e pode eventualmente ser elaborada ou não é aceite, a depressão falhada. Uma depressão que faz sofrer o corpo com a sua repercussão interna uma depressão sem conteúdo, que não é organizada mentalmente. Sem depressão (psíquica) mas com abatimento (depressão) das funções biológicas – sobretudo ao nível do aparelho imunitário, com perturbação dos sistemas autorreguladores, neuroendócrinos e instintivo-afectivos (Coimbra de Matos, 2003).

O ser ou ter sido único e especial, exclusivo e com rosto, constitui a condição determinante para uma autoestima estável, forte e homogénea. Esse indivíduo único que não existiu para os outros, também não existe para a própria pessoa; aquele que não é reconhecido, não se reconhece. Desta forma, Coimbra de Matos (2003) mostra-nos um psicossomático sem “rosto interno” (psíquico) que lhe permita imaginar, sentir, amar, chorar, criar, escolher e decidir. É um indivíduo sobreadaptado, encrispado no conformismo, sem espaço para o desejo e a vontade própria. Assim, o que não é vivido, também não é elaborado, constituindo um pano de fundo que é o do psicossomático: ausência de projectos pessoais e fantasia, porque se eleva a monotonia, consequente ao conformismo de uma “máquina” que só cumpre as suas funções.

Um outro autor de renome internacional no estudo da somatização, tendo sido acima já mencionado, é Lipowski (1968, citado por DeGucht & Fischler, 2002) que, enquadrando-se numa mesma linha psicanalítica, que aqui tem vindo a ser esmiuçada, definiu o conceito de somatização como uma tendência para experienciar, conceptualizar e/ou comunicar estados psicológicos como sensações corporais, mudanças funcionais ou metáfora somáticas. Duas décadas mais tarde, menos influenciado por uma abordagem psicanalítica, Lipowski (1988) modifica a sua definição do conceito de somatização para a tendência para experienciar e comunicar distress psicológico na forma de sintomas somáticos e para procurar ajuda médica especializada para estes sintomas. Esta definição sugere a existência de uma relação causal entre a experiência de distress psicológico e a reportação de sintomas somáticos (De Gucht & Fischler, 2002).

Nesta mesma linha, emergem também outras definições de somatização que colocam de parte a existência de uma perturbação mental, como, por exemplo, a de Mayou (1993) que constatou clinicamente a existência de um elevado número de pacientes que surgiam nos cuidados de saúde primários com sintomas somáticos sem explicação médica, não acompanhados por uma perturbação mental evidente.

Almeida (2006), na mesma linha, faz a distinção, numa vasta análise literária, entre conceptualizações da somatização que não remetem para uma perturbação referindo, assim, orientações mais específicas: (1) duas concepções idênticas, a somatização, segundo Kellner (1990), conceptualizada pela simples contagem de sintomas, e a somatização segundo Mayou (1993), em que é definida pelos sintomas físicos não orgânicos, ou seja, os denominados sintomas sem explicação médica; (2) e a somatização englobando características específicas e/ou comportamentais, onde se podem incluir as definições de Lipowski (1988), de Barsky (1995) e de Rief e Hiller (1999).

Esta análise de Almeida (2006) permite-nos sistematizar os diferentes prismas pelos quais o conceito de somatização é olhado, numa abordagem funcional, onde são descritas semelhanças e diferenças no que diz respeito ao número de sintomas sem explicação médica requeridos como ponto de corte, à duração dos sintomas, à presença ou ausência de critério de gravidade como a interferência com a vida diária e o consumo médico, ao número de grupos de sintomas exigidos e à presença ou ausência de características psicológicas específicas. Para uma discriminação mais detalhada da evolução do conceito de somatização e dos próprios critérios de classificação, no ponto seguinte será abordada a evolução, ao longo do tempo, do DSM.

van der Feltz-Cornelius e van Dyck (1997) salientam o facto de que a somatização faz parte de um conjunto de conceitos que pertencem a um nível conceptual mais elevado, isto é, mais complexo, e, essencialmente, porque remete para o debate constante da existência ou não de uma ligação entre factores psicológicos e sintomas físicos tendo como objectivo final a determinação de uma causalidade para a sintomatologia do indivíduo. Os autores vêm confirmar a dificuldade de conceptualização e consequente falta de concordância justificando com a variedade de fenómenos que a somatização integra.

Apesar da longa história do trabalho clínico e da teoria psicanalítica, o termo somatização foi primeiramente nomeado como um mecanismo de defesa no Defense

Style Questionnaire (DSQ) desenvolvido por Bond, Gardner, Christian e Sigal (1983). Anos mais tarde, foi incluído pela American Psychiatric Association (1987) na lista de mecanismos de defesa do Apêndice C do DSM-III-R, tendo sido definido como um mecanismo pelo qual o indivíduo se preocupa com sintomas físicos desajustados a qualquer condição física. Foi posteriormente removido do apêndice de defesas do DSM-IV (APA, 2002) com a somatização a ser considerada como um sintoma derivado de outras defesas: uma ideia ou emoção causadora de ansiedade é bloqueada (repressão ou isolamento da emoção) e desviada para sintomatologia física (Busch, 2014).

1.2. Classificação e Avaliação da Somatização

A temática central da presente investigação está directamente relacionada com a somatização, conceito, como já foi abordado, de difícil conceptualização, que tem vindo a suscitar várias tentativas de definição por parte da investigação na área. É pertinente, neste ponto, realizar uma análise de um dos sistemas taxonómicos existentes mais aceites, bem como uma breve compreensão da evolução que houve, ao longo do tempo, nesse sistema, o DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

A terceira edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* aquando a sua publicação, pela APA em 1980, introduziu as Perturbações Somatoformes como diagnóstico categorial, categoria esta que permaneceu nas versões posteriores do DSM-III-R e do DSM-IV. Na última versão referida, o DSM-IV (APA, 1994), relativamente à categoria das Perturbações Somatoformes, é salientada a presença de sintomas físicos que sugerem um estado físico geral, como a característica comum nesta categoria. Estes sintomas não são explicados por uma condição médica, pelos efeitos directos de uma determinada substância ou por outra perturbação mental como, por exemplo, a perturbação de pânico. Também, segundo descrito, os sintomas devem causar ansiedade clinicamente significativa ou disfunções a nível social, ocupacional, e outras áreas.

De modo geral, a categorização apresentada pelo DSM-IV (APA, 1994) tem em conta a diversidade fenómenos que a somatização integra, dadas as diversas formas consideradas: Perturbação de Somatização, Perturbação Somatoforme não diferenciada, Perturbação de Conversão, Perturbação de Dor, Hipocondria,

Perturbação Dismórfica Corporal, e Perturbação Somatoforme sem especificação. Wise e Birket-Smith (2002), realçam o facto desta categorização ter sido bem sucedida, no que diz respeito à focalização da atenção para sintomas previamente negligenciados, que carecem de explicação orgânica.

Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke e Sharpe (2005), antecipadamente à publicação do DSM-5, a mais recente versão do manual, propuseram, com a consciência da controvérsia da sua publicação, uma opção mais radical: a extinção da Perturbação Somatoforme, como categoria, e a utilização do Eixo III para a codificação dos sintomas somáticos. Para tal, com o intuito de apresentar os seus argumentos, os autores colocaram, primeiramente, o problema clínico apresentado por Sharpe (2002 citado por Mayou et al, 2005), que se foca, de maneira geral, na complexidade dos sintomas somáticos, no elevado número de pacientes com estes sintomas, que são atendidos por profissionais de saúde sem, no entanto, o alcance de uma explicação médica. Para além disto, destacam que as 25% a 50% das queixas físicas apresentadas nos cuidados de saúde primários e secundários são de origem psicossomática (Kroenke, 2003, citado por Mayou et al., 2005), e que são frequentemente associadas a um grau de distress e incapacidade suficientes para serem, de forma legítima, considerados como doenças (Wessely, Nimnuan & Sharpe, 1999, citado por Mayou et al 2005). Mais, os autores, salientam, como problema clínico, a dificuldade em designar, conceptualizar e classificar estas condições (Sharpe & Carson, 2001, citado por Mayou et al, 2005).

De facto, conceptualmente, quer na psiquiatria quer na medicina geral, a classificação reflecte alguma confusão: em psiquiatria os sintomas somáticos são classificados como perturbações somatoformes (DSM-IV, 1994) e na medicina como síndromes somáticas funcionais (Wessely, Nimnuan & Sharpe, 1999 citado por Mayou, 2005). Neste sentido, Mayou e colegas (2005), procuraram evidenciar as falhas da categorização proposta pelo DSM-IV, enumerando a deficiência existente relativamente à Perturbação Somatoforme como diagnóstico. Com efeito, para os autores, (1) a terminologia é inaceitável do ponto de vista dos pacientes, dado que implica que os sintomas constituam uma perturbação mental, o que pode ser percebido, pelo paciente, de forma dúbia relativamente à realidade do sofrimento existente; (2) a categoria é dualista, e a ideia de que os sintomas somáticos podem ser divididos naqueles que reflectem doença e naqueles que são psicogénicos é teoricamente questionável (Sharp, 2001, citado por Mayou et al, 2003), pois, na

prática clínica, a maioria dos profissionais adoptam uma perspectiva mais ampla na abordagem aos sintomas de cada paciente (Ogden, 2003, citado por Mayou et al, 2003).

Mayou e colegas (2003), anotam, também, o facto das perturbações somatoformes não constituírem uma categoria coerente (3), visto que, a única característica comum é a dos sintomas somáticos não apresentarem etiologia associada a uma determinada condição médica geral. Nesta linha, suportando a tese defendida, os autores Ruo, Rumsfeld, Hlatky, Liu, Browner e Whooley (2003, citado por Mayou, 2003) realçam, como potencial erro de diagnóstico, a sobreposição da categorização Perturbações Somatoformes com outras perturbações psiquiátricas que, também são, em parte, definidas por sintomas somáticos, como, por exemplo, a depressão e a ansiedade.

Ainda, numa perspectiva cultural, Mayou e colegas (2003), salientam a (4) incompatibilidade da categoria entre culturas. Isto é, os diagnósticos de Perturbação Somatoforme não se traduzem de forma exacta em culturas que têm uma visão menos dualística do corpo e da mente, sendo que exportar um diagnóstico dualístico deste género para outras culturas, ao mesmo tempo que a medicina ocidental tenta escapar desta visão, parece ser contraditório.

Ao nível dos critérios de diagnóstico, inseridos categoricamente na Perturbação Somatoforme, os autores realçam a ambiguidade dos critérios de exclusão (5). O diagnóstico de Perturbação Somatoforme requer a exclusão de condições médicas gerais, mas há uma falta de clareza relativamente a que diagnóstico médico deveria ser considerado como excluído. Por exemplo, uma questão levantada é se as síndromes médicas funcionais, como a Síndrome do Cólon Irritável (SCI), deveriam ou não inserir-se nos critérios de exclusão. Uma consequência desta falta de clareza é o facto da sintomatologia apresentada pelos pacientes poder inserir-se quer no eixo III, como a Síndrome do Cólon Irritável (SCI), quer no eixo I, como as Perturbações Somatoformes, o que parece ser ambíguo (Mayou et al, 2003). Simon e Gureje (1999, citado por Mayou et al, 2003), na mesma linha de raciocínio, enfatizam o carácter instável das subcategorias das perturbações somatoformes, dado que não alcançaram os requisitos de confiabilidade.

No que diz respeito aos limites que definem a categoria de perturbações somatoformes, Widiger e Clark (2000) apontam a carência de definição destes

limites, sendo esta uma das razões pela qual esta é uma categoria frequentemente excluída de inventários psiquiátricos e investigações. Mais, Mayou e colegas (2003), indicam a problemática presente em perícias médico-legais e em processos de segurança social, dada a confusão causada pela categoria em causa, visto que um diagnóstico de perturbação somatoforme, num contexto legal, pode ser encarado de forma desvalorizadora.

Os mesmos autores, por fim, propuseram, antes da publicação do DSM-5 (1) a extinção da categoria perturbação somatoformes, (2) a adoção de um novo termo para os sintomas somáticos e síndromes, justificando que um termo alternativo ao termo somatoforme é necessário para a descrição dos sintomas, especialmente aqueles que não estão próximos de nenhuma condição médica geral, podendo este termo ser mesmo nomeado “sintomas somáticos” com um diagnóstico de doença associado se necessário; (3) a redistribuição noutras formas de classificação das perturbações listadas como perturbações somatoformes, dado que várias destas perturbações podem ser movidas tanto para o Eixo I como para o Eixo II, e, no Eixo III a inclusão de todos os sintomas somáticos que frequentemente surgem no contexto médico, independentemente do diagnóstico de doença física. Ainda, no Eixo IV a inclusão de uma descrição de interacções pouco úteis com os serviços médicos.

Anos mais tarde, a publicação do O DSM-5 (APA, 2013) veio comprovar alterações há muito desejadas e, sem dúvida, necessárias. O DSM-5 introduziu, de facto, uma nova categoria de classificação, a Perturbação de Sintomas Somáticos e Perturbações Relacionadas. Esta categoria inclui os diagnósticos de Perturbação de Sintomas Somáticos, Perturbação de Ansiedade de Doença, Perturbação de Conversão (Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais), Factores Psicológicos que afectam outras condições médicas, Perturbação Factícia, Perturbação de Sintomas Somáticos com outra especificação e perturbações relacionadas, e Perturbação de Sintomas Somáticos não especificada e perturbações relacionadas. É dito, ainda, que existe um aspecto comum a todas as perturbações incluídas nesta nova categoria: a proeminência de sintomas somáticos associados a mal-estar e incapacidade significativos.

O diagnóstico principal nesta classe de diagnóstico, perturbação de sintomas somáticos, enfatiza os diagnósticos feitos com base em sintomas e sinais positivos (sintomas somáticos geradores de mal-estar mais pensamentos, sentimentos e

comportamentos anormais em resposta a estes sintomas) mais do que a ausência de uma explicação médica para os sintomas somáticos (APA, 2013). Também é dito que, a característica distintiva de muitos dos indivíduos com perturbação de sintomas somáticos não são os sintomas somáticos *per se*, mas sim a maneira como eles se apresentam e são interpretados. Assim, a incorporação dos componentes afectivos, cognitivos e comportamentais nos critérios para perturbação de sintomas somáticos fornece uma imagem mais precisa e abrangente do verdadeiro quadro clínico do que a que pode ser obtida através de uma avaliação isolada das queixas somáticas.

O DSM-5 coloca assim como critérios de diagnóstico para a perturbação de sintomas somáticos: (A) a apresentação de um ou mais sintomas somáticos causadores de ansiedade ou que resultam na disfunção ou ruptura da vida diária; (B) a evidencia de pensamentos, sentimentos, ou comportamentos excessivos relacionados com os sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde como manifestação de (B1) pensamentos desproporcionados e persistentes sobre a seriedade de um dos sintomas, (B2) um nível elevado e persistente de ansiedade relativamente à saúde e a sintomas, (B3) devoção de tempo e energia excessivos para com os sintomas somáticos e as preocupações de saúde; (C) apesar de qualquer sintoma somático poder não estar continuamente presente, o estado de reportação sintomática é persistente (tipicamente mais de 6 meses), (C1) com dor predominante, (C2) de maneira persistente e de longa duração, (C3) com severidade ligeira (apenas um dos sintomas especificados no critério B), com moderada severidade (dois ou mais sintomas especificados no critério B) e com intensa severidade (dois ou mais sintomas especificados no critério B juntamente com a múltipla reportação de queixas somáticas).

A nova classificação do DSM-5 parece ter em conta uma abordagem mais abrangente, compreensiva e funcional da somatização. Englobando, agora, características cognitivas e comportamentais mas, também, e não menos importante, características afectivas da sintomatologia apresentada pelos pacientes.

1.3. Somatização: Epidemiologia e Cuidados de Saúde Primários

Para melhor compreender a sintomatologia somática é essencial fazer uma análise epidemiológica dos sintomas somáticos, da população que apresenta esses

sintomas, bem como é relevante explorar a forma como os cuidados de saúde primários lidam com este quadro clínico.

Strathdee e Jenkins (1996) estimaram que um médico de medicina geral e familiar, que possua uma lista média na ordem dos 2000 pacientes, terá 4 a 12 pacientes com esquizofrenia, 6 a 7 pacientes com psicoses afectivas, 4 a 5 pacientes com demência orgânica, 60 a 100 pacientes com depressão, 70 a 80 pacientes com ansiedade e outras neuroses, 50 a 60 pacientes com problemas situacionais e 5 a 6 pacientes com perturbações devidas a drogas ou ao álcool.

Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre as perturbações mentais nos cuidados primários mostrou que os problemas psicológicos são comuns e que têm uma prevalência de 24% em utentes consecutivos (Üstün & Sartorius, 1995). Os mais comuns são as perturbações depressivas, as perturbações de ansiedade, as perturbações devidas ao álcool e as perturbações somatoformes.

Um estudo epidemiológico com uma larga abrangência a catorze países (Turquia, Grécia, Alemanha, Índia, Nigéria, Holanda, Reino Unido, Japão, França, Brasil, Chile, Itália e Estados Unidos da América) realizado por Gureje e Simon (1999, citado por Almeida, 2005), que tinham como objectivo o estudo da incidência e da persistência da somatização numa amostra alargada de 5438 sujeitos, concluiu que a prevalência da somatização nos cuidados de saúde primários era de 19,7% e, concluíram ainda, que a somatização tende a persistir ao longo do tempo, sendo que, constataram que persistia em cerca de 45,9% dos sujeitos ao fim de um ano.

Kroenke e Spitzer (1998), com o intuito de analisar as diferenças de género no que diz respeito à apresentação de sintomas específicos, concluíram que existe, de facto, uma tendência no sexo feminino relativamente a uma maior apresentação de sintomas. Porém, estudos prospectivos da OMS (Creed & Barsky, 2004; Gureje & Simon, 1999; citados por Creed et.al, 2012) relativamente aos cuidados de saúde primários, constataram que o sexo feminino não é preditor de um número de sintomas somáticos persistentemente elevado.

Em Portugal, Cabral (2002, citado por Almeida, 2005) realça que uma parte importante dos utentes portugueses dos cuidados de saúde primários tem preocupações hipocondríacas, o que poderá indiciar a existência de uma significativa percentagem de utentes portugueses somatizadores.

Também, Almeida e Machado (2004) referem que os pacientes somatizadores revelam uma elevada morbilidade física e psiquiátrica, recorrendo, deste modo, mais

frequentemente ao médico de família, estando mais vezes doentes por ano, modificando com mais frequência a sua actividade devido à sua sintomatologia, revelando-se mais ansiosos e deprimidos, com níveis elevados de alexitimia e com mais dificuldade no controlo emocional. Almeida (2006), verificou que os indivíduos somatizadores apresentam uma média de idade mais elevada do que os não somatizadores, e que apresentam níveis mais baixos de escolaridade comparativamente aos sujeitos não somatizadores. Consistentemente, Creed, Davies, Littlewood, Chew-Graham, Tomenson e colegas (2012) descobriram, com o intuito de identificar os factores de risco que contribuem para um aumento dos níveis de somatização, que uma história de abusos na infância, uma escolaridade inferior a 12 anos e um estado civil de separado, divorciado ou viúvo, constituem fortes factores de risco para a apresentação de um número superior persistente de sintomas somáticos.

Escobar, Rubio-Stipec, Canino e Karno (1989) realçam o facto que a somatização tem vindo a ser relacionada com o sexo feminino, uma idade mais avançada e um estatuto socioeconómico de nível inferior. Mais recentemente, Kolk, Hanewald, Schagen e Gijsbers van Wijk (2002) verificaram que quanto mais inferior for o estatuto socioeconómico, maior é a reportação de sintomas somáticos, tendo também, como consequência, um aumento das consultas de medicina geral e familiar.

É provável que os pacientes que escolhem os cuidados primários possuam uma explicação somática para os seus problemas (Tansella & Thornicroft, 1999). Bridges e Goldberg (1985, citado por Lin, 1999) referem que, mesmo nas culturas ocidentais, os pacientes seguidos nos cuidados primários com perturbações psiquiátricas muitas vezes apresentam inicialmente queixas físicas.

No estudo realizado por IQBAL (1994, citado por Mubbashar, 1999) verificou-se que os sintomas somáticos (cansaço, fadiga fácil, dores de cabeça e dispepsia) e os sintomas biológicos (perturbações do sono, diminuição do apetite) constituíam os núcleos de sintomas mais comumente referidos, respectivamente 35% e 30,6%.

CAPÍTULO 2 – Personalidade e Somatização

2.1. A relação entre a personalidade e a somatização

O constructo que se interliga, na presente dissertação, com o conceito de somatização, como já foi referido anteriormente, é o de personalidade. Tomaremos como ponto de partida, um dos modelos da estrutura da personalidade mais aceites, o Modelo dos Cinco Factores (*FFM- Five Factor Model*) que pressupõe uma estruturação e hierarquização da personalidade com base em cinco grandes factores globais (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) que agrupam, cada um deles, outros factores mais específicos ou facetas. Os factores globais ou traços globais são dimensões das diferenças individuais nas tendências para manifestar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e acções (Barros, 1997). São constructos hipotéticos que se admite terem uma base biológica (Costa & McCrae, 2000).

De Lemos (2000) suscita uma dúvida, semelhante à que é colocada na presente dissertação e que serve como ponto de partida para esta discussão, relacionada com a razão pela qual alguns indivíduos somatizam mais do que outros e na razão pela qual o processo de somatização recorre frequentemente à imitação de outras perturbações físicas, salientando que estes factos suportam o argumento a favor do envolvimento de determinados processos mentais na génese de alguns tipos de somatização. Realça, também, que, nos casos de dor psicogénica, os processos mentais provavelmente derivam da interação entre experiências de infância traumáticas e a variedade de outros factores sociais (De Lemos, 2000).

Anteriormente a De Lemos (2000), Dunbar, fundadora da Sociedade Americana de Psicossomática, apresenta, em 1943, uma teoria onde introduz a noção de personalidade predisposta para os acidentes (pessoas impulsivas, provenientes de famílias rígidas e pouco dispostas à afectividade) e as personalidades coronariopáticas (ambiciosas, metódicas, com grande auto-estima e que utilizam a própria agressividade para as suas ambições) (Vicente, 2005), admitindo então a interferência de características da personalidade dos indivíduos relativamente ao processo de somatização. Segundo Vicente (2005), na mesma linha de pensamento, a conversão somática seria apenas uma forma através do qual os mecanismos psíquicos influenciam as funções somáticas.

Ainda numa semelhante abordagem, na década de 40, Alexander debruça o seu estudo sobre as personalidades propensas a riscos patológicos específicos, numa altura em que a investigação psicanalítica deslocava-se, como já foi referido no capítulo anterior, do significado simbólico do sintoma ou da doença para o estudo dos mecanismos de defesa e de adaptação do Ego (Coimbra de Matos, 2003). De acordo com Coimbra de Matos (2003), são os tipos de processos adaptativos que determinam a via para a somatização pois, estes processos estão intimamente relacionados com características da personalidade e outros factores sociais e psicológicos.

É então a partir deste ponto, em que é assumida a influência das diferentes estruturas de personalidade na sintomatologia somática, que se centra o foco desta dissertação. Para Paixão (2009), as diferentes patologias psicossomáticas devem-se a diferentes factores psicológicos que, para Dunbar, seriam os tipos de personalidade, e para Alexander, os conflitos e/ou condições de vida significativas (Paixão, 2009).

As dimensões da personalidade que influenciam a apresentação ou queixa de sintomas e a própria procura de cuidados de saúde podem contribuir para o processo de somatização e para as perturbações somatoformes (Kirmayer, Robbins & Paris, 1994, citado por Noyes et al, 2001). Por exemplo, os traços Neuroticismo e Afectividade negativa demonstram estar relacionados com o aumento da experiência somática, bem como com outros sintomas psicológicos (Russo, Katon, Sullivan, et al, 1994, citado por Noyes et al, 2001).

A dimensão ou domínio da personalidade Neuroticismo, de acordo com Costa e McCrae (1987) define-se como uma tendência para experienciar emoções negativas. Segundo Jorm, Rodgers, Jacomb, Christensen, Henderson e Korten, 1999 (citado por Neeleman, Bijl & Ormel, 2004), este traço, dimensão ou característica da personalidade constitui um forte factor de risco para a manifestação de perturbações psiquiátricas. Costa e McCrae (1987) acrescentam ainda que existem fortes ligações entre o Neuroticismo e a reportação de sintomatologia somática, sugerindo que existe uma relação positiva entre a dimensão Neuroticismo e quantidade de queixas sintomáticas apresentadas.

Eysenck, em 1982 (citado por Kirmayer et al, 1994), refere a existência de uma interacção entre níveis elevados de Neuroticismo e níveis diminuídos de Extroversão, onde pode ser desencadeada uma elevação de várias características das perturbações somatoformes.

Watson e Pennebaker, em 1989 (citado por Rosmalen, Neeleman, Gans e Jonge, 2007), colocam ênfase nas várias explicações que têm vindo a sugerir a associação do Neuroticismo com a saúde somática, destacando três hipóteses explicativas: a hipótese da incapacidade, a hipótese da percepção sintomática e a hipótese psicossomática. A hipótese da incapacidade sugere que o Neuroticismo é o resultado e não a causa dos problemas de saúde, sendo que, neste modelo, as consequências adversas associadas a um aglomerado de problemas de saúde resulta numa elevação do Neuroticismo. De acordo com a hipótese da percepção sintomática, as diferenças físicas entre as pessoas com Neuroticismo elevado ou baixo, não existem necessariamente, isto é, os indivíduos neuróticos têm uma maior probabilidade de perceber, reagir em demasia, e/ou apresentar queixas relativamente a problemas e sensações físicas consideradas menores. Ainda, a hipótese psicossomática postula que o Neuroticismo motiva problemas de saúde, implicando que os indivíduos neuróticos partilharão características (como a desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal ou o sistema nervoso autónomo) que os torna vulneráveis a problemas de saúde reais.

Também, Neeleman, Bijl e Ormel (2004) num estudo prospectivo, constataram, através da análise dos resultados da aplicação do *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (Bijl, Zessen, Ravelli, Rijk & Langendoen, 1998) a uma amostra de 7076 participantes, que o Neuroticismo aumenta o risco de morbilidade psiquiátrica e somática mas também resulta dessa mesma morbilidade, sugerindo então uma relação de reciprocidade e, também, que a morbilidade somática está associada com Neuroticismo de base.

Tinakon e Nahathai (2014), num estudo onde pretendiam explorar os efeitos dos traços de personalidade na somatização, hipotetizaram que os traços tinham ou um efeito directo na somatização ou, indirectamente, através da inibição social. Os autores observaram que os traços “estabilidade emocional”, “domínio” e “vigilância”, bem como os factores demográficos idade e escolaridade, têm um efeito directo na sintomatologia somática.

Ainda, Rosmalen e colegas (2007), colocaram a hipótese de que o Neuroticismo estaria associado com a apresentação de sintomatologia somática, e que esta associação seria especialmente encontrada no que diz respeito à sintomatologia psicossomática, o que não será apenas explicada por reacções somáticas de ansiedade ou sofrimento psicológico. Os resultados da investigação

demonstraram aos autores que o Neuroticismo está, de facto, fortemente associado com o número total de sintomas somáticos reportados.

Sabe-se que o Neuroticismo é, de facto, um dos preditores mais fortes de somatização (Klimowicz, 2003, citado por Tinakon & Nahathai, 2014) e, de modo geral, a literatura aponta para o Neuroticismo como o domínio da personalidade mais interligado com a manifestação de sintomatologia somática. Porém, é fulcral ter em conta as outras dimensões da personalidade, já mencionadas, integradas na estruturação da personalidade, de acordo com o Modelo dos Cinco Factores, como a Extroversão, a Abertura à experiência, a Amabilidade e a Conscienciosidade.

No que diz respeito à dimensão Extroversão, segundo Costa e McCrae (1992), esta está relacionada com a quantidade e a intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. A dimensão Abertura à experiência tem como componentes a fantasia ou imaginação activa, a sensibilidade estética, a amplitude dos sentimentos, a abertura a ideias ou a curiosidade intelectual e o juízo independente ou liberal (Costa & McCrae, 2000). Também, a dimensão Amabilidade, tal como a Extroversão, é uma dimensão ou domínio que diz respeito às tendências interpessoais, e refere-se à qualidade da orientação interpessoal, num “contínuo que vai desde a compaixão ao antagonismo” nos pensamentos, sentimentos e acções (Costa & McCrae, 1985; Costa, McCrae & Dye, 1991; citado por Costa & McCrae, 2000). Neste último caso, uma pontuação baixa nesta dimensão está associada a perturbações narcísicas, antissociais e paranóides da personalidade, enquanto que, por outro lado, uma pontuação elevada está relacionada com as perturbações dependentes da personalidade (Costa & McCrae, 2000).

Mais, a dimensão Conscienciosidade é conceptualizada como contendo aspectos proactivos e inibidores: o primeiro aspecto revela-se na necessidade de realização e apego ao trabalho, enquanto que o lado inibidor se manifesta nos escrúpulos morais e na prudência (Costa & McCrae, 1992, citado por Costa & McCrae, 2000).

Relativamente às dimensões Neuroticismo e Amabilidade, Noyes e colegas (2001) verificaram que os indivíduos que evidenciavam sintomatologia somática demonstravam níveis de Neuroticismo elevado e níveis de Amabilidade diminuídos. Também, Hollifield, Tuttle, Paine e Kellner (1999) observaram elevados níveis de

Neuroticismo e reduzidos níveis de Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade em pacientes com manifestação de múltipla sintomatologia somática.

Os autores, Noyes e colegas (2001), averiguaram ainda que um reduzido resultado na dimensão Amabilidade poderá estar relacionado com a procura de ajuda e com relações médico-paciente problemáticas. Neste caso, o pólo negativo da Amabilidade representa desconfiança e antagonismo. Os indivíduos com estes traços podem, de forma repetida, procurar relações com profissionais de saúde conflituosas e insatisfatórias. Este padrão tem sido descrito entre os pacientes somatizadores e alguns autores têm vindo a relacioná-lo com um diminuído resultado na dimensão Amabilidade (e.g. Kirmayer et al, 1994; Starcevic, 1990).

O domínio Abertura à experiência tem sido o que menos atenção recebeu por parte da investigação em psicologia da saúde (Marshall, Wortman, Vickers, Kusulas & Hervig, 1994, citado por Jonassaint et al, 2007). Indivíduos com resultados diminuídos nesta dimensão da personalidade, de maneira geral, apresentam comportamentos mais conservadores, retêm valores e pontos de vista mais convencionais e experienciam um espectro de respostas emocionais mais estreito (Costa & McCrae, 1992). Um importante factor a considerar em qualquer estudo com o intuito de investigar o impacto da dimensão Abertura à experiência na saúde é que este domínio está moderadamente associado com capacidades cognitivas e o desempenho académico (e.g. Clifford, Boufal & Kurtz, 2004; Goff & Ackerman, 1992, citado por Jonassaint et al 2007). Deste modo, é possível que a abertura à experiência seja uma medida representativa das capacidades intelectuais a nível académico que, por sua vez, está fortemente relacionado com consequências ao nível da saúde e mortalidade (e.g. Bucher & Ragland, 1995; Steenland, Henley & Thun, 2002, citado por Jonassaint et al 2007).

Jonassaint e colegas (2007) comprovaram, ainda que sem grande significado, que resultados elevados em Abertura à experiência estão associados a uma diminuição do risco de morte cardíaca em 15%. Também, verificaram que a faceta Sentimentos, faceta constituinte da dimensão Abertura à experiência, é um constructo semelhante à alexitimia. Sendo a alexitimia um dos traços de personalidade que tem uma influência na reportação de sintomatologia somática (De Gucht, 2003, citado por Tinakon & Nahathai, 2014) e que, de facto, a faceta Sentimentos tem uma correlação positiva com a Escala de Alexitimia de Toronto (Luminet, Bagby, Wagner, Taylor & Parker, 1999, citado por Jonassaint et al 2007).

Uma consciência emocional diminuída pode levar à doença através de vários mecanismos fisiológicos, comportamentais, sociais ou cognitivos (Lumley, Stettner & Wehmer, 1996, citado por Jonassaint e colegas, 2007).

CAPÍTULO 3 – Objectivos e Hipóteses

3.1. Objectivos

A presente dissertação debruça-se sobre a interacção existente entre as diferentes dimensões ou domínios da personalidade e o processo de somatização numa amostra da população portuguesa, tendo como intuito basilar (1) a exploração e a caracterização dos diferentes tipos de personalidade de indivíduos que apresentem queixas somáticas, não sendo por isto necessário um diagnóstico de Perturbação de Sintomas Somáticos, designação nosológica atribuída pelo DSM-5. Também, é objectivo (2) a caracterização de um possível perfil de personalidade de indivíduos somatizadores, em comparação com indivíduos não somatizadores, (3) a aferição das características sociodemográficas de indivíduos que apresentem sintomas somáticos, e (4) a análise da frequência e intensidade dos sintomas somáticos descritos.

Fazendo uma análise mais específica é também objectivo (5) a análise da interacção entre cada domínio ou dimensão da personalidade com a apresentação (ou não) de sintomatologia somática, tendo em conta a literatura já referida.

3.2. Hipóteses

Com base na revisão da literatura efectuada é possível considerar, para o presente estudo as seguintes hipóteses sobre as relações entre os factores de personalidade avaliados pelo NEO-FFI e a somatização avaliada pelo BSI e pelo SIDES-SR.

Hipótese 1: É esperada uma relação positiva entre neuroticismo e somatização.

Hipótese 2: É esperada uma relação negativa entre extroversão e somatização.

Hipótese 3: É esperada uma relação negativa entre abertura à experiência e somatização.

Hipótese 4: É esperada uma relação negativa entre amabilidade e somatização.

Hipótese 5: É esperada uma relação negativa entre conscienciosidade e somatização.

Hipótese 6: As variáveis escolaridade, género, idade, situação económica e as dimensões de personalidade são preditores significativos da somatização.

CAPÍTULO 4 - Metodologia

Neste capítulo segue-se a apresentação da metodologia utilizada no presente estudo, que procura explorar a relação entre a somatização e as diferentes dimensões da personalidade, bem como a influência das variáveis sociodemográficas. Este capítulo subdivide-se em quatro pontos: a amostra, os instrumentos, os procedimentos e a análise de dados.

4.1. Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 338 sujeitos, sendo a maioria do género feminino (60.9%), do escalão etário entre os 31 e os 40 anos (28.8%), com estado civil casada (58.5%), com filhos (59.9%), com habilitações literárias de nível superior (47.9%), residente em zona urbana (94.2%) e com situação económica considerada como satisfatória (63.9%).

Quadro 1.

Caracterização sociodemográfica (N = 338)

	n	%		n	%
<i>Género</i>			<i>Escolaridade</i>		
Masculino	132	39.1	< 4º ano	7	2.1
Feminino	206	60.9	4º ano	5	1.5
			6º ano	16	4.7
<i>Idade</i>			9º ano	52	15.4
Até 30	84	24.3	12º ano	96	28.4
31 – 40	97	28.8	Licenciatura ou mais	162	47.9
41 – 50	68	20.2			
51 – 60	62	18.4	<i>Residência</i>		
Mais de 60	28	8.3	Urbana	307	94.2
			Rural	19	5.8
<i>Estado civil</i>					
Solteiro	104	30.9	<i>Situação económica</i>		
Casado	197	58.5	Muito satisfatória	12	3.6
Viúvo	6	1.8	Satisfatória	216	63.9
Divorciado	30	8.9	Pouco satisfatória	92	27.2
			Nada satisfatória	17	5.0
<i>Filhos</i>			Muito satisfatória	12	3.6
Não	135	40.1			
Sim	202	59.9			

4.2. Instrumentos

4.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido especificamente para esta investigação. Pretendeu-se, de uma forma breve, recolher uma diversidade de informações quanto às características sociodemográficas de cada participante. A informação recolhida contempla: idade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, situação económica, estado civil, área de residência, entre outras características.

4.2.2. Somatização

a) Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI – Canavarro, 1995)

Para avaliar a frequência dos sintomas somáticos reportados foi utilizada a versão portuguesa do *Brief Symptom Inventory*, traduzida e adaptada por Canavarro (1995). O Inventário de Sintomas Psicopatológicos avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional.

Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral. Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo. A simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado.

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos, é uma escala de autorrelato e é constituído por um conjunto de 53 afirmações, com escala de resposta tipo *Likert*, devendo ser assinalada a resposta que melhor descreve o grau em que a pessoa se sentiu perturbada com cada um dos sintomas ou problemáticas apresentadas (“Nunca”, “Poucas Vezes”, “Algumas Vezes”, “Muitas Vezes” e “Muitíssimas Vezes”). Os nove factores constituintes deste inventário são: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Para além destes factores, ainda fazem parte três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP).

Nesta investigação considerámos apenas o resultado no factor ou na subescala Somatização, constituída por sete itens (2, 7, 23, 30, 33 e 37), e que diz respeito a queixas somáticas a nível muscular e dos diferentes sistemas do organismo que apresentem mediação do Sistema Nervoso Autónomo, como sejam o sistema cardiovascular, gastrointestinal e respiratório. O BSI permite, assim, avaliar a frequência da sintomatologia somática apresentada, na última semana.

De acordo com um estudo psicométrico realizado em Portugal por Canavarro (1999, citado por Canavarro, 2007), podemos considerar uma elevada reportação de sintomas somáticos, ou seja, com frequência superior relativamente à média, quando um indivíduo se posiciona, na subescala Somatização, acima da média 0.573 (DP=0.916).

b) Selfreport Inventory for Disorder of Extreme Stress (SIDES-SR – Van der Kolk, 2002), versão portuguesa (Henriques-Calado, Duarte-Silva, Gonçalves & Pires, 2016).

Para também avaliar a frequência e intensidade dos sintomas somáticos reportados será utilizada a versão portuguesa do SIDES-SR, originalmente de Van der Kolk (2002), traduzida e adaptada por Henriques-Calado, Duarte-Silva, Gonçalves e Pires (2016). O SIDES-SR é um inventário de autorrelato que avalia os traumas psicológicos e as suas sequelas, incluindo características associadas com “perturbações de extremo stress” ou Perturbação de Stress Pós-Traumático Complexo. Este instrumento fornece uma análise compreensiva de histórias traumáticas em diferentes faixas etárias e um largo espectro de adaptações pós-traumáticas encontradas no trabalho clínico.

O SIDES-SR é um instrumento constituído por 45 itens que solicitam os entrevistados a descrever o seu passado e o seu actual funcionamento em 6 dimensões: (1) perturbações de regulação afectiva, (2) amnésia e dissociação, (3) somatização, (4) disrupção na auto-percepção, (5) perturbações nas relações com os outros, e (6) perturbação dos sistemas de significado (systems of meaning). Esta constelação de dimensões é representada no DSM-IV, nomeadamente nas características associadas à Perturbação de Stress Pós-Traumático.

O instrumento SIDES-SR pode ser administrado como uma entrevista clínica ou como uma medida de autorrelato. Para cada item, os entrevistados avaliam a

presença, ao longo das suas vidas, da circunstância apresentada na questão/afirmação (através de uma questão dicotómica “sim” ou “não”), bem como a presença actual dos sintomas e a sua severidade durante o mês passado.

Na presente investigação tivemos em conta, como complemento aos dados fornecidos pelo BSI, com o intuito de apurar a frequência da reportação de sintomas somáticos e a intensidade destes mesmos sintomas, a subescala Somatização que é constituída por 5 itens, cada um deles referente a uma amplitude a nível corporal da sintomatologia somática: Sistema Digestivo, Dor Crónica, Sintomas Cardiopulmonares, Sintomas Conversivos e Sintomas Sexuais. Os itens referentes a esta subescala são os itens 36, 37, 38, 39 e 40. Para cada um deles, e se a resposta for positiva (“Sim”), deve ser especificada o tipo de sintomatologia evidenciada através das alíneas que cada item inclui. Também, para cada um destes itens, se a resposta for positiva (“Sim”) e, após a especificação do sintoma, deve ser avaliada a intensidade do sintoma, numa escala de 0 a 3, sendo 0 - “Nada, de maneira nenhuma”, 1 - “É um problema pequeno que me incomoda pouco mas que não afecta a minha vida diária”, 2 - “É um problema suficientemente grave para afectar a minha vida diária” e 3 - “É um problema que me incapacita e que me limita gravemente na minha vida diária”. Caso a resposta ao primeiro seja negativa (“Não”), as restantes alíneas e afirmações não se aplicam.

4.2.3. Dimensões da Personalidade

a) Inventário dos Cinco Factores da Personalidade NEO-FFI, versão abreviada do NEO-PI-R, de Lima e Simões (2000)

Para avaliar as dimensões da personalidade será utilizada a versão portuguesa do NEO-FFI de Lima e Simões (2000). O *NEO-Five Factor Inventory*, é a versão reduzida do inventário de personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992) que se propõe avaliar o mesmo constructo. Tem cariz compreensivo equivalente, e é um inventário adequado para aplicação no âmbito de projectos de investigação que requerem uma administração de um instrumento de medida mais curto com base no modelo dos cinco factores (e.g. Lucas & Donnellan, 2009, citado por Magalhães, Salgueira, Gonzalez et al, 2014).

A versão portuguesa do NEO-FFI (Lima & Simões, 2000) é constituída por 60 itens, com formato de resposta em escala de *Likert*, numa amplitude de 5 pontos,

desde 0 (Discordo Fortemente), 1 (Discordo), 2 (Neutro), 3 (Concordo) até 4 (Concordo Fortemente).

4.3. Análise Estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha = .05$. Na análise inferencial usou-se a análise de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação momento-produto de Pearson, o coeficiente de correlação de Spearman e o teste t de Student para amostras independentes. Aceitou-se a normalidade de distribuição dos valores para amostras superiores a 30 de acordo com o teorema do limite central. Utilizou-se também, o modelo de regressão linear múltipla hierárquica. Os pressupostos deste modelo, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos. As variáveis qualitativas (género) foram transformadas em variáveis Dummy.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Windows.

4.4. Procedimentos

Após aprovação do presente estudo por parte da comissão de ética da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, iniciou-se a elaboração de um protocolo que compreendia, entre outros, um questionário sociodemográfico, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), na sua versão portuguesa de Canavarro (1999), o Inventário dos Cinco Factores da Personalidade (NEO-FFI), versão abreviada do NEO-PI-R, e o Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress, na sua versão portuguesa de Henriques-Calado, Duarte-Silva, Gonçalves e Pires (2016).

O processo de recolha de amostra da população geral realizou-se entre os meses de Janeiro e Junho de 2016. O processo de recolha era idêntico de participante

para participante, com a entrega de um envelope e com a apresentação de um consentimento informado (Anexo B), informando o participante do estudo, objectivos e outras informações. A participação de cada sujeito foi voluntária e foram garantidas a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos.

Os envelopes, com os respectivos questionários, foram entregues a cada participante com o intuito de, mais tarde, serem recolhidos para análise.

Assim, foram recolhidos 338 envelopes, 132 correspondiam a participantes do género masculino e 206 a participantes do género feminino.

CAPÍTULO 5 – Resultados

Neste capítulo serão analisados os diferentes resultados obtidos, com recurso às análises estatísticas mencionadas anteriormente, relativamente às dimensões da personalidade, à somatização, aos diferentes instrumentos que medem cada constructo e, também, em relação às características sociodemográficas recolhidas.

Em primeiro lugar realizou-se a análise descritiva no que diz respeito aos traços ou dimensões de personalidade medidos pelo NEO-FFI (Quadro 2.). De seguida, apresentamos, também, a análise descritiva referente à somatização medida pelo BSI e medida pelo SIDES-SR (Quadro 3.).

O Quadro 2. caracteriza a distribuição das pontuações obtidas pelos participantes no Inventários dos Cinco Factores NEO-FFI.

Quadro 2.

Estatísticas descritivas do NEO FFI (N=338)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Neuroticismo	3	48	22.87	7.91
Extroversão	9	47	30.23	6.09
Abertura à Experiência	12	44	28.26	5.66
Amabilidade	16	47	32.48	5.36
Conscienciosidade	10	48	35.01	6.38

O Quadro 3. apresenta as pontuações obtidas pelos participantes nos itens correspondentes às escalas de somatização de cada instrumento.

Quadro 3.

Estatísticas descritivas: somatização

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Somatização (BSI)	326	.00	3.00	0.43	0.52
Somatização (SIDES-SR)	329	.00	1.60	0.07	0.22

De seguida, após a análise descritiva, realizou-se uma análise da consistência interna ao Inventário dos Cinco Factores NEO-FFI (Quadro 4). Os valores de consistência interna do NEO-FFI, avaliada com o coeficiente Alfa de Cronbach, variaram entre um mínimo de .63 (fraco, mas aceitável) no factor Abertura Experiência, a um máximo de .84 (bom) nos factores Neuroticismo e Conscienciosidade. A categorização destes valores segue o referenciado em Hill (2005).

Quadro 4.

Análise da Consistência Interna do Inventário dos Cinco Factores NEO-FFI

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Neuroticismo	.84	12
Extroversão	.76	12
Abertura à Experiência	.63	12
Amabilidade	.69	12
Conscienciosidade	.84	12

Também, realizou-se a mesma análise para o Inventário de Sintomas Psicopatológicos, no que diz respeito à escala que mais interesse tem para o presente estudo: escala de somatização. A escala de somatização é composta por 7 itens, tendo revelado um valor de consistência interna de .82 (bom).

Um outro ponto essencial na análise estatística da presente investigação é o estudo das correlações. Neste sentido, o Quadro 5. apresenta as correlações entre si das dimensões do NEO-FFI.

Quadro 5.

Matriz de correlações entre dimensões do NEO-FFI(N=338)

	Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade
Extroversão	-.41***			
AberturaExperiência	.06	.09		

Amabilidade	-.28***	.31***	.13*	
Conscienciosidade	-.40***	.29***	-.00	.19***

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

No que diz respeito ao coeficiente de correlação entre a somatização medida pelo BSI e a somatização medida pelo SIDES-SR, este demonstrou ser estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r = .39$; $p = .001$).

O Quadro 6. compara os coeficientes de correlação entre a somatização medida pelos diferentes instrumentos de medida (BSI e SIDES-SR) e as dimensões da personalidade.

Como se pode observar, o coeficiente de correlação entre somatização (BSI) e neuroticismo é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r = .23$, $p = .01$). Para a mesma dimensão e a outra escala de somatização (SIDES-SR), o coeficiente de correlação evidenciou ser estatisticamente significativo e fraco ($r = -.37$, $p = .01$). Na dimensão extroversão com a somatização (SIDES-SR) o coeficiente de correlação demonstrou ser estatisticamente significativo, negativo e muito fraco ($r = -.19$, $p = .01$). Ainda, referente à dimensão amabilidade e somatização (SIDES-SR), o coeficiente de correlação é estatisticamente significativo, negativo e muito fraco ($r = -.13$, $p = .01$).

Quadro 6.

Correlações de Pearson entre a Somatização (BSI e SIDES-SR) e as dimensões da personalidade

	Somatização (BSI)	Somatização (SIDES-SR)
Neuroticismo	.23**	-.37**
Extroversão	-.06	-.19**
Abertura à Experiência	-.10	-.09*
Amabilidade	-.06	-.13*
Conscienciosidade	.01	-.06

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

O Quadro 7. apresenta os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as duas escalas de somatização utilizadas (BSI e SIDES-SR) e as cinco dimensões de personalidade, com o intuito de analisar a relação existente entre as diferentes variáveis. Assim, também, poderão ser testadas as primeiras 5 hipóteses colocadas inicialmente.

Quadro 7.

Matriz de correlações entre a somatização (BSI e SIDES-SR) e as dimensões da personalidade

	Somatização (BSI)	Somatização (SIDES-SR)
Neuroticismo	.37***	.25***
Extroversão	-.19**	-.12*
Abertura à Experiência	.09	.08
Amabilidade	-.13	-.07
Conscienciosidade	-.06	.01

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

De seguida, passando para a análise dos efeitos das características sociodemográficas na somatização, o Quadro 8. compara os valores médios da somatização observados nos homens e nas mulheres, neste caso tendo em conta a variável género.

Quadro 8.

Significância das diferenças entre género

	Feminino		Masculino		t
	M	DP	M	DP	
Somatização (BSI)	.50	.57	.32	.42	3.201**
Somatização (SIDES-SR)	.08	.23	.05	.20	1.186

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Relativamente à correlação entre somatização e as restantes variáveis sociodemográficas, o Quadro 9. compara os coeficientes de correlação entre a somatização medida pelos diferentes instrumentos de medida (BSI e SIDES-SR) e as características sociodemográficas. O coeficiente de correlação entre somatização (BSI) e idade é estatisticamente significativo, positivo e muito fraco ($r = .13$, $p = .05$); entre somatização (BSI) e escolaridade é estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r = -.21$, $p = .001$); entre somatização (BSI e SIDES-SR) e situação económica é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r = .16$, $p = .01$; $r = .14$, $p = .01$; respectivamente).

Quadro 9.

Correlações de Pearson entre a Somatização (BSI e SIDES-SR) e características sociodemográficas

	Somatização (BSI)	Somatização (SIDES-SR)
Idade	.13*	-.03
Escolaridade	-.21***	-.09
Situação Económica	.16**	.14**

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

O Quadro 10. representa os resultados obtidos através de uma análise de regressão linear múltipla hierárquica. Os pressupostos deste modelo, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos. As variáveis qualitativas (género) foram transformadas em variáveis Dummy.

Quadro 10.

Regressão linear múltipla hierárquica - Preditores de somatização

	Somatização (BSI)		Somatização (SIDES-SR)	
	ΔR^2	B	ΔR^2	B
Modelo 1	.12		.02	
Género (masculino)		-.22***		
Idade		.003		
Escolaridade		-.09***		
Situação económica		.15***		.06**
Modelo 2	.12		.04	
Neuroticismo		.02***		.01***
Extroversão				.00
Amabilidade				.00
Total R^2	.24		.07	
F (5, 318)	20.029***		F(4, 323) = 5.589***	

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

CAPÍTULO 6 – Discussão de Resultados

No presente capítulo serão discutidos os resultados obtidos neste estudo, que tinha como objectivo primário a exploração e caracterização das relações existentes entre a somatização e as dimensões da personalidade, e, também, a aferição de possíveis relações entre a somatização e determinadas variáveis sociodemográficas como o género, a escolaridade, a idade e o estatuto ou situação económica.

Numa primeira análise, verificou-se que os coeficientes de correlação entre os factores de personalidade do NEO-FFI são quase todos estatisticamente significativos e moderados ou fracos. A correlação mais elevada ocorreu entre a extroversão e neuroticismo ($r = -.41$), negativa e moderada.

Nas pontuações obtidas pelos participantes nos itens correspondentes às escalas de somatização de cada instrumento (BSI e SIDES-SR) as pontuações variam entre 0 e 3, na escala de somatização do BSI, com uma média de 0.43. No SIDES-SR, as pontuações apresentam um mínimo de 0 e um máximo de 1.60, com uma média de 0.07.

Primeiramente, tendo em conta a primeira hipótese formulada (É esperada uma relação positiva entre neuroticismo e somatização), verificou-se uma relação estatisticamente significativa, positiva e fraca entre o neuroticismo e a somatização. Como os coeficientes de correlação são positivos ($r = .37, p = .001$; $r = .25, p = .001$), isto significa que os sujeitos com níveis mais elevados de neuroticismo apresentam níveis mais elevados de somatização. Assim, confirma-se a hipótese 1. Esta correlação positiva poderá ser indicadora de um carácter preditor por parte do neuroticismo em relação à somatização, como vimos no Capítulo 2 Klimowicz (2003, citado por Tinakon & Nahathai, 2014) constatou que o neuroticismo é um forte preditor da somatização. De maneira semelhante, Rosmalen, Neeleman, Gans & Jonge (2006), numa amostra da população geral, apuraram uma associação significativa entre o neuroticismo e a reportação múltipla de sintomas somáticos, tendo encontrado esta associação em todos os sintomas avaliados.

Relativamente à segunda hipótese testada (É esperada uma relação negativa entre extroversão e somatização) encontrámos uma relação significativa, negativa e muito fraca entre extroversão e somatização ($r = -.19, p = .01$; $r = -.12, p = .05$). Como os coeficientes de correlação são negativos isto significa que os sujeitos com níveis mais elevados de extroversão apresentam níveis mais baixos de somatização.

Deste modo, confirma-se a segunda hipótese levantada. Noyes e colaboradores (2001), constataram, como já vimos anteriormente, de forma consistente com os dados do presente estudo, que sujeitos somatizadores apresentam níveis mais baixos de extroversão.

No que diz respeito à terceira hipótese levantada (É esperada uma relação negativa entre abertura à experiência e somatização), apurámos que os coeficientes de correlação entre abertura à experiência e somatização não são estatisticamente significativos ($r = .09$; $r = .08$). Não se confirmando assim a hipótese enunciada. A dimensão abertura à experiência, oriunda de múltiplos contextos teóricos e com raízes fora da tradição lexical, na qual o modelo dos cinco factores foi inicialmente identificado, é a menos conhecida e a mais controversa das cinco dimensões, mas também a mais relevante para o estudo da imaginação, da cognição e da personalidade (Costa & McCrae, 1992). Sujeitos com níveis elevados de abertura à experiência são descritos como indivíduos que, de forma geral, vivem as emoções positivas e negativas com maior intensidade, já os sujeitos com níveis reduzidos nesta dimensão comportam-se de maneira mais conservadora, retêm valores e pontos de vista mais convencionais e tendem a experienciar um leque mais restrito de respostas emocionais (Costa & McCrae, 1992).

Jonassaint e colegas (2007), colocaram a hipótese que a dimensão abertura à experiência, e qualquer uma das suas seis facetas, poderia ter um efeito preditor na mortalidade em pacientes com doença arterial coronária. Neste estudo longitudinal, os autores verificaram que resultados elevados na dimensão abertura à experiência estavam associados com a diminuição de 15% do risco de morte cardíaca, sugerindo que níveis elevados de abertura à experiência têm impacto nos resultados ao nível da saúde. Porém, não encontraram uma relação no que diz respeito à apresentação de sintomatologia somática.

A quarta hipótese analisada no nosso estudo (É esperada uma relação negativa entre amabilidade e somatização), não se confirmou, já que os coeficientes de correlação entre amabilidade e somatização não são estatisticamente significativos, embora sejam negativos ($r = -.13$; $r = -.07$). Noyes e colegas (2001), verificaram uma relação nos indivíduos com reportação de sintomatologia somática que evidenciam níveis de amabilidade reduzidos e níveis de neuroticismo elevados. Também, os mesmos autores, descobriram ainda que um reduzido resultado na dimensão amabilidade poderá estar relacionado com a procura de ajuda e com

relações médico-paciente problemáticas. Os indivíduos com estes traços podem, de forma repetida, procurar relações com profissionais de saúde conflituosas e insatisfatórias. Este padrão tem sido descrito entre os pacientes somatizadores e alguns autores têm vindo a relacioná-lo com um diminuído resultado na dimensão Amabilidade (e.g. Kirmayer et al., 1994; Starcevic, 1990).

No teste da quinta hipótese enunciada (É esperada uma relação negativa entre conscienciosidade e somatização), os coeficientes de correlação entre a conscienciosidade e somatização não são estatisticamente significativos. Então, a quinta hipótese enunciada foi refutada. A dimensão conscienciosidade contém aspectos proactivos e inibidores: o primeiro aspecto revela-se na necessidade de realização e apego ao trabalho, enquanto o lado inibidor se manifesta nos escrúpulos morais e na prudência (Costa & McCrae, 1992). Ainda, a conscienciosidade, avalia o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo. Contrasta pessoas que são de confiança e escrupulosas, com as que são preguiçosas e descuidadas.

Feldman e colegas (1999), com o intuito de analisar o papel dos Cinco Grandes Factores da personalidade (*Big Five Factors*), em indivíduos saudáveis, na reportação de sintomas, apuraram que indivíduos com resultados elevados na dimensão conscienciosidade tinham cinco vezes mais probabilidades de reportar sintomas do que os que evidenciaram resultados diminuídos nesta dimensão. Porém, salientam que os indivíduos com elevados níveis de conscienciosidade são mais cautelosos e atentos relativamente à sua saúde física. Na mesma linha, Marshall, Wortman, Vickers, Kusulas e Hervig (1994) defendem que a conscienciosidade é uma dimensão da personalidade relacionada com comportamentos de promoção da saúde e é, também, constituída por constructos da personalidade relevantes para a saúde. Mais, estudos sugerem que a conscienciosidade está positivamente associada com uma melhor forma e actividade física, um menor consumo de substâncias e um reduzido comportamento de risco (Booth-Kewley & Vickers, 1994; Hogan, 1989). Na presente investigação, como os indivíduos com elevados níveis de conscienciosidade dão maior atenção à sua saúde física e tendem a tomar menos riscos (Feldman et al., 1999), isto poderá ser uma das explicações pela qual a hipótese terá sido refutada e não se apurou qualquer relação entre a somatização e a conscienciosidade.

De modo geral, Hollifield e colegas (1999) salientam, suportando as hipóteses testadas na presente investigação, que indivíduos com a reportação de múltipla sintomatologia somática, demonstram níveis elevados de neuroticismo e níveis reduzidos de extroversão. Contrariamente ao que encontrámos neste estudo, Hollifield e colegas (1999) constataram, ainda, que indivíduos com níveis reduzidos de amabilidade e conscienciosidade, apresentam uma reportação elevada de sintomas somáticos.

Tendo em conta a análise estatística da sexta hipótese colocada (As variáveis escolaridade, género, idade, situação económica e as dimensões de personalidade são preditores significativos da somatização), o modelo de regressão linear múltipla hierárquica da somatização (BSI) com as variáveis género, idade, escolaridade, situação económica e neuroticismo como variáveis independentes explica 23.9% da somatização e é estatisticamente significativo, $F(5, 318) = 20.029, p = .001$. Os homens, quando comparados com as mulheres, apresentam níveis de somatização significativamente mais baixos ($\beta = -.217, p = .001$), os sujeitos com níveis mais baixos de escolaridade ($\beta = -.091, p = .001$) e com situação económica mais baixa ($\beta = .150, p = .001$) apresentam níveis de somatização significativamente mais elevados. Os sujeitos com níveis de neuroticismo mais elevados ($\beta = .024, p = .001$) e com uma idade mais avançada ($\beta = 0.003, p = .001$) apresentam níveis de somatização significativamente mais elevados.

Ainda, o modelo de regressão linear múltipla hierárquica, no que diz respeito à escala de somatização medida pelo SIDES-SR, com as variáveis situação económica, neuroticismo, extroversão e amabilidade como variáveis independentes explica 6.5% da somatização e é estatisticamente significativo, $F(4, 323) = 5.589, p = .001$. Os sujeitos com situação económica mais baixa ($\beta = .056, p = .005$) e os sujeitos com níveis de neuroticismo mais elevados ($\beta = .006, p = .001$) apresentam níveis de somatização significativamente mais elevados.

Dados estes resultados, é possível afirmar a confirmação da sexta hipótese colocada. Podemos sugerir que os indivíduos do sexo masculino, quando comparados com o sexo feminino, apresentam níveis de somatização significativamente mais reduzidos. De maneira semelhante, Kroenke e Spitzer (1998), com o intuito de analisar as diferenças de género concluíram que existe, de facto, uma tendência no sexo feminino relativamente a uma maior apresentação de sintomas. Também, Tomenson, Essau, Jacobi, Ladwig, Leiknes e colegas (2013)

verificaram que, independentemente do instrumento de medida utilizado para avaliar a sintomatologia somática, o número de sintomas somáticos está fortemente associado com o sexo feminino. Almeida (2006), no mesmo sentido, comprovou que as mulheres tendem a experienciar mais sintomas somáticos que os homens e, em simultâneo, a exibir índices mais elevados de perturbação emocional. Costa e McCrae (1987) realçaram que a existência de um maior número de mulheres com níveis elevados de somatização, pode ser explicada pela contribuição da dimensão neuroticismo, isto significa que as mulheres tendem a ser mais predispostas à ansiedade e à depressão, à preocupação e vulnerabilidade, tendo mais tendência, também, para reportar mais frequentemente queixas somáticas.

É possível, também, afirmar que, na presente investigação, os sujeitos com níveis mais baixos de escolaridade e com situação económica inferior, apresentam níveis de somatização significativamente mais elevados. Em concordância, Almeida (2006), verificou, numa análise das diferenças entre sujeitos somatizadores e não somatizadores, que os sujeitos somatizadores apresentam níveis mais baixos de escolaridade e uma média de idades superior comparativamente aos sujeitos não somatizadores. Creed, Davies, Littlewood, Chew-Graham, Tomenson e colegas (2012) descobriram, também, com o intuito de identificar os factores de risco que contribuem para um aumento dos níveis de somatização, que uma história de abusos na infância, uma escolaridade inferior a 12 anos e um estado civil de separado, divorciado ou viúvo, constituem fortes factores de risco para a apresentação de um número superior e persistente de sintomas somáticos. Mais, consistentemente com os dados obtidos, indicadores do estado económico estão relacionados com a sintomatologia e com a saúde, uma situação económica superior está directamente relacionada com uma menor reportação de sintomas somáticos (NCHS, 1970, citado por Pennebaker, 1982). Kolk, Hanewald, Schagen e Gijsbers van Wijk (2002) verificaram que quanto mais inferior for o estatuto económico, maior é a reportação de sintomas somáticos, tendo também, como consequência, um aumento das consultas de medicina geral e familiar.

Concluimos ainda, de forma consistente com a literatura que os sujeitos com uma situação económica mais baixa e com níveis de neuroticismo mais elevados apresentam níveis de somatização significativamente mais elevados.

Por fim, fazendo uma síntese dos resultados obtidos, é possível concluir que existe de facto uma relação entre o constructo fulcral da presente investigação, a

somatização, e as dimensões da personalidade, bem como, outros factores sociodemográficos. Assim, os dados são consistentes com a literatura (e.g. Escobar et al., 1989), podendo salientar um possível perfil ou hipotético modelo estrutural de indivíduos que apresentem uma maior probabilidade de reportação de sintomatologia somática: níveis elevados de neuroticismo, níveis diminuídos de extroversão, reduzida escolaridade, situação económica baixa ou insatisfatória, uma idade mais avançada e indivíduos do sexo feminino.

Conclusão

A presente investigação teve como objectivo primordial a exploração e caracterização da interacção existente entre as diferentes dimensões da personalidade e determinadas características sociodemográficas com a somatização, numa amostra da população portuguesa.

Os resultados alcançados indicam que existe, de facto, uma relação significativa entre a somatização e algumas dimensões da personalidade e factores sociodemográficos. Encontrou-se que os indivíduos com níveis elevados de somatização apresentam níveis elevados de neuroticismo, níveis reduzidos de extroversão, baixa escolaridade, nível económico diminuído, uma idade mais avançada e que, também, indivíduos do sexo feminino evidenciam níveis mais elevados de somatização.

Conclui-se, então, na presente investigação, que as mulheres, com idade superior, com uma escolaridade reduzida, uma situação económica inferior ou insatisfatória, e, ao nível da personalidade, níveis de neuroticismo elevados e níveis de extroversão reduzidos, têm uma maior probabilidade de apresentar níveis de somatização mais elevados.

Em termos de limitações do presente estudo, é de salientar a falta de um instrumento de medida da somatização mais específico e direccionado para o constructo em si, dado que, as escalas de somatização do BSI e do SIDES-SR não têm uma grande abrangência ao nível do conceito e do processo de somatização.

Futuramente, seria interessante o uso de instrumentos de medida mais específicos para a somatização na população geral. Também, seria enriquecedora a elaboração de uma replicação do mesmo estudo numa população clínica. Neste caso, na população clínica, quer nos cuidados de saúde primários quer em instituições de saúde ou em clínicas privadas, tendo em conta o diagnóstico diferenciado de cada utente, seria interessante averiguar as comorbilidades psiquiátricas com a reportação de sintomatologia somática.

CAPÍTULO 8 – Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition, Revised). American Psychiatric Association, Washington, DC

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª edição). Lisboa: Climepsi.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). Arlington, VA

Almeida, V., & Machado, P. (2004). *Somatização e alexitimia: um estudo nos cuidados de saúde primários*. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4, 2:285-298.

Almeida, V. (2006). *Somatização e expressão emocional – um estudo nos cuidados de saúde primários*. Tese de Doutoramento. Instituto de Educação e de Psicologia. Universidade do Minho

Ávila, L. A. (2006). *Somatization of psychosomatic symptoms?*. Psychosomatics. 47(2), 163-166. doi: 10.1176/appi.psy.47.2.163

Barros, A. (1997). *Os valores e o modelo dos cinco factores da personalidade: aplicação de dois instrumentos de medida a uma amostra de adultos trabalhadores*. (Capítulo 3). Dissertação de Mestrado em Psicologia - Orientação e Desenvolvimento da Carreira, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Bijl, R. V., Zessen, G. v., Ravelli, A., Rijk, C. d. & Langendoen, Y. (1998). *The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33, 581–586.

Booth-Kewley, S., & Vickers, R.R. (1994). *Associations between major domains of personality and health behavior*. Journal of Personality, 62 (3): 281-298.

Bridges, K., & Goldberg, D. P. (1985). *Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care*. Journal of Psychosomatic Research, 29(6): 563-569.

Busch, F.N. (2014). *Clinical approaches to somatization*. Journal of Clinical Psychology. 70 (5): 419–427. doi: 10.1002/jclp.22086.

Coimbra, A. M. (1988/89). *Patologia Psicossomática: Perspectiva Psicanalítica*. Psiquiatria de Ligação e Psicossomática: Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, 61-74. Lisboa: Ed. Lab. Delagranje, 1990.

Coimbra, A. M. (1999). *Psicanálise, psicossomática e imunidade*. Revista Portuguesa de Psicossomática, 1(2), 9-16.

Coimbra, A. M. (2003). *Mais Amor Menos Doença*. Lisboa: Climepsi Editores

Costa, P. & McCrae, R. (1987). *Neuroticism, somatic complaints and illness: is the bark worse than the bite?*. Journal of Personality, 55, 299–316.

Costa, P., & McCrae, R. (1992). *NEO PI-R - Manual Profissional: NEO PI-R, Inventário de Personalidade NEO Revisto* (Lima, M., & Simões, A., Trad.) CEGOC: Lisboa.

Creed, F. H., Davies, I., Jackson, J., Littlewood, A., Chew-Graham, C., Tomenson, B., ... McBeth, J. (2012). *The epidemiology of multiple somatic symptoms*. Journal of Psychosomatic Research 72, 311-317.

De Lemos, A.I. (2000). *Psychosomatic diagnosis: a literature review*. Neurology and Clinical Neurophysiology Journal, 2: 1-20.

DeGucht, V., & Fischler, B. (2002). *Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues*. *Journal of Psychosomatics*, 43 (1), 1-9. doi: 10.1176/appi.psy.43.1.1

Engel, C.C., Von Korff, M., & Katon, W.J. (1996). Research paper: *Back pain in primary care: predictors of high health-care costs*. *Pain*, 65 197-204. Doi: 10.1016/0304-3959(95)00164-6

Escobar, J.I., Rubio-Stipec, M., Canino, G., & Karno, M. (1989). *Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177:140-146.

Feldman, P.J., Cohen, S., Doyle, W.J., Skoner, D.P., & Gwaltney, J.J. (1999). *The impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 77(2), 370-378. doi:10.1037/0022-3514.77.2.370

Freud, S. (1917). *Introductory lectures on Psycho-Analysis*. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XVI, pp. 241-463. London: The Hogarth Press.

Freud, S. (1990). *Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)* Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. III, Rio de Janeiro: Imago Editora.

Freud, S. and Breuer, J. (1893). *On the psychical mechanism of hysterical phenomena*. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume II, pp. 1 - 17. London: The Hogarth Press.

Gubb, K. (2010). *The Sense of Bodily Symptoms*. Psycho-Analytic Psychotherapy in South Africa, 18(2), 32-56.

Hogan, J. (1989). *Personality correlates of physical fitness*. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 284-288. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.284

Hollifield, M., Tuttle, L., Paine, S., & Kellner, R. (1999). Hypochondriasis and somatization related to personality and attitudes toward self. Psychosomatics, 40, 387-395. doi: 10.1016/S0033-3182(99)71203-X

Hyphantis, T., Goulia, P., & Carvalho, A. F. (2013). *Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease*. Journal Of Psychosomatic Research, 75, 362-369. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.08.014

Jonassaint, C.R., Boyle, S.H., Williams, R.B., Mark, D.B., Siegler, I.C., & Barefoot, J.C. (2007). *Facets of openness predict mortality in patients with cardiac disease*. Psychosomatic Medicine, 69(4), 319-322. doi: 10.1097/PSY.0b013e318052e27d

Kellner, R. (1991). Psychosomatic síndromes and somatic symptoms. Washington: American Psychiatric Press.

Kirmayer, L.J., Robbins, J.M., & Paris, J. (1994). *Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress*. Journal of Abnormal Psychology, 103(1), 125-136. doi: 10.1037/0021-843X.103.1.125

Kolk, A., Hanewald, G., Schagen, S., & Gijsbers van Wijk, C. (2002). *Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization: a symptom-perception approach*. Journal of Psychosomatic Research, 52, 35-44. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00307-5

Kroenke, K., & Spitzer, R.L. (1998). *Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms*. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 150-155. doi:10.1097/00006842-199803000-00006

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1976). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF

Lima, M. P., & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R, Inventário de Personalidade Neo Revisito. Manual Profissional (1.ª ed.)*. Lisboa: CEGOC-TEA, Lda – Investigação e Publicações Psicológicas

Lin, E. (1999). *Melhorar o tratamento da depressão pelos médicos de cuidados primários*. 9, 138-147. In Tansella, M., & Thornicroft, G. (1999). *Perturbações mentais comuns nos cuidados primários*. Climepsi Editores.

Lipowski, Z.J. (1986). *Somatization: a borderland between medicine and psychiatry*. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 135(6), 609-614

Lipowski, Z.J. (1988). *Somatization: the concept and its clinical application*. *American Journal of Psychiatry*, 145:1358-1368. doi: 10.1176/ajp.145.11.1358

Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A-J., Costa, J.J., Costa, M.J., Costa, P., & Pedroso-Lima, M. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in portuguese context. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(4), 599-614. doi: 10.1590/1678-7153.201427405

Malik, B. A., & Javed, M. A. (1990). Depression and neurosis in general practice. In M. H. Mubbashar e A. R. Syed (eds) *Mental Health for All. All for Mental Health*. Psycho Publication, Londres.

Marshall, G.N., Wortman, C.B., Vickers, R.R., Kusulas, J.W., & Hervig, L.K. (1994). *The five-factor model of personality as a framework for personality-health*

research. Journal of Personality and Social Psychology, 67(2), 278-286. doi: 10.1037/0022-3514.67.2.278

Marty, P. (1993). *A psicossomática no adulto*. Artmed.Porto Alegre.

Mayou, R., Kirmayer, L.J., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). *Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V*. The American Journal of Psychiatry, 162(5), 847-855. doi: 10.1176/appi.aip.162.5.847

Mijolla, A., & Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. Climepsi Editores.

Mubbashar, M.H. (1999). *Serviços de saúde nas zonas rurais do Paquistão*. In Tansella, M., & Thornicroft, G. (Ed.) *Perturbações mentais comuns nos cuidados primários*. (pp. 91-103). Climepsi Editores.

Neeleman, J., Sytema, S., & Wadsworth, M. (2002). *Propensity to psychiatric and somatic ill-health: evidence from a birth cohort*. Psychological Medicine, 32(5), 793-803. doi: 10.1017/S0033291702005901

Neeleman, J., Bijl, R., & Ormel, J. (2004). *Neuroticism, a central link between somatic and psychiatric morbidity: path analysis of prospective data*. Psychological Medicine, 34(3), 521-531. Doi: 10.1017/S0033291703001193

Noyes, J. R., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Stout, L. R., Muller, B. A., & Longley, S. L. (2001). *Personality dysfunction among somatizing patients*. Psychosomatics; 42, 320-329. Doi: 10.1176/appi.psy42.4.320

Paixão, N. (2009). *Um estudo exploratório: busca da compreensão da toxicodependência e da psicossomática no âmbito da vinculação*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Paixão, R. (2002). *Manual de Psicopatologia Infantil e Juvenil*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Pennebaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. Springer-Verlag New York Heidelberg Berlin.

Ramírez-Maestre, C., Martínez, A., & Zaragaza, R. (2003). *Personality characteristics as differential variables of the pain experience*. Journal of Behavioral Medicine, 27(2), 147-165

Rief, W., Hessel, A., & Braehler, E. (2001). *Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population*. Psychosomatic Medicine, 63(4), 595-602

Rosmalen, J. G., Neeleman, J., Gans, R. O., & Jonge, P. (2007). *The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort*. Journal of Psychosomatic Research, 62, 305–311. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.10.014

Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. K., Liu, H., Browner, W. S., & Whooley, M.A. (2003). *Depressive symptoms and health related quality of life: the heart and soul study*. JAMA: Journal Of The American Medical Association, 290(2), 215-221. doi: 10.1001/jama.290.2.215

Sami-Ali, M. (1987). *Penser le somatique: Imaginaire et pathologie*. Paris: Dunod.

Sharpe, M. (2002). *Medically unexplained symptoms and syndromes*. Clinical Medicine (London), 2(6), 501-504.

Sifneos, P. E. (1975). *Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease*. Psychotherapy and Psychosomatics; 26(2), 65-70

Simon, E.G., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J., (1999). *An international study of the relation between somatic symptoms and depression*. The

New England Journal of Medicine, 341(18), 1329–1335. doi: 10.1056/NEJM199910283411801

Simon, G.E., & Gureje, O. (1999). *Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients*. Archives of General Psychiatry, 56(1), 90-95. doi: 10.1001/archpsyc.56.1.90

Strathdee, G., & Jenkins, R. (1996). *Purchasing mental health care for primary care*. In G. Thornicroft e G. Strathdee (eds) Commissioning Mental Health Services, pp. 71-83. HMSO, London.

Tansella, M., & Thornicroft, G. (1999). Perturbações mentais comuns nos cuidados primários.

Tinakon, W., & Nahathai, W. (2014). *Personality traits influencing somatization symptoms and social inhibition in the elderly*. Clinical Interventions in Aging, 91, 157-164. doi: 10.2147/CIA.S56246

van der Feltz-Cornelius, C., & van Dyck, R. (1997). *The notion of somatization: An artefact of the conceptualization of body and mind*. Psychotherapy & Psychosomatics, 66(3) 117-127. doi: 10.1159/000289121

Verbrugge, L. M., & Ascione, F. J. (1987). *Exploring the iceberg: common symptoms and how people care for them*. Medical Care, 25(6) 539-69.

Vicente, L. B. (2005). *Psicanálise e psicossomática: uma revisão*. Revista Portuguesa de Psicossomática, 7(2), 257-267.

Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). *Toward DSM-V and the classification of psychopathology*. Psychological Bulletin, 126(6), 946-963. doi: 10.1037/0033-2909.126.6.946

Wise, T. N. & Birket-Smith, M. (2002). *The somatoform disorders for DSM-V: the need for changes in process and content*. *Psychosomatics*, 43(6) 437-440.
doi: 10.1176/appi.psy.43.6.437

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.